

**РОДОВАЯ ТРАВМА ПЛОДА ПО ДАННЫМ БСМП
г. ВИТЕБСКА ЗА 2005 Г.**

Супрун Л.Я., Сачек Ю.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Актуальность. Проблема травматизма плода в родах обусловлена частотой патологии и тяжестью последствий травмы.

Несмотря на рост числа оперативного родоразрешения, высокий уровень подготовки медицинских кадров, совершенствование ведения беременности и родов травматизм плода в родах существенно не снижается.

Незначительные повреждения нервной системы могут вести к возникновению головных болей, развитию спинальных симптомов в детском возрасте, шейному остеохондрозу, искривлению позвоночника, нарушению деятельности желудочно-кишечного тракта и др. Родовой травматизм является одной из причин перинатальной смертности и детской инвалидности.

Предрасполагающей причиной возникновения родовых травм плода являются: несоответствие размеров плода размерам костного таза матери, аномалии положения и предлежания плода, его переносимость и недоношенность, затяжные и чрезмерно быстрые роды, крупная головка при гигантском плоде, гидроцефалии и пр.

Развитию родовой травмы способствуют интоксикации, заболевания, возникающие во время беременности, аномалии родовой деятельности, гипоксия, сопровождающаяся венозным застоем, отечностью. При этом тяжесть расстройств зависит от степени гипоксии и толерантности нервной системы новорожденного. У молодых женщин с благоприятным течением беременности и родов, возникающие нарушения у новорожденных носят транзиторный и обратимый характер. У возрастных первородящих, у женщин с выраженной соматической и гинекологической патологией наблюдается снижение фетоплацентраного кровотока и более частое развитие гипоксии плода.

Согласно классификации родовые травмы делят на травмы черепа (родовая опухоль, кефалогематома, травма костей черепа), скелета (перелом ключицы, плечевой и бедренной кости); травмы органов брюшной полости; повреждения нервов; разрыв внутримозговых тканей (эпидуральные, субдуральные, субарахноидальные, внутримозговые, внутрижелудочковые кровоизлияния).

Целью работы явилось: изучение частоты и характера травмы плода в родах по данным БСМП за 2005; определение роли в возникновении травмы фетоплацентарной недостаточности, осложненного течения беременности и родов, зависимость возникновения травмы от массы плода и размеров таза.

Кефалогематома диагностирована в 34 случаях, перелом ключицы в 14 (в 2 случаях в сочетании с кефалогематомой); перелом плеча в 1. Из числа травмированных новорожденных нарушения

адаптации по церебральному типу наблюдались у 14. У двух новорожденных был парез лицевого нерва.

Контрольную группу составили 40 женщин, новорожденные которых признаков родовой травмы не имели.

По возрасту, количеству перво- и повторнородящих, сопутствующей экстрагенитальной патологии обе группы женщин существенно не отличались.

Угроза прерывания беременности до 22 недель, гестоз второй половины беременности, ФПН, ХПГ в основной и контрольной группах также встречались с одинаковой частотой. В основной группе почти в 3 раза чаще имели место: многоводие, анемия, угрожающие преждевременные роды. У 12 женщин основной группы имелось ожирение, у 16 – избыточная масса тела. В контрольной группе ожирение было у 3 женщин, избыточная масса у – 6, что значительно реже. У 8 женщин был анатомически узкий таз. Из них у 6 – поперечносуженный, у 1 – общеравномерносуженный и у 1 – плоскорохитический. В контрольной группе анатомически узкий таз (поперечносуженный) был лишь у одной женщины.

В срок рожали 42 из 47 женщин основной группы. Преждевременные роды были у двух, роды перезрелым плодом – у трех. Все женщины контрольной группы рожали в срок.

Детей с массой более 3500 гр. в основной группе было почти в 2 раза больше, чем в контрольной (28 и 15). Соответственно в 1,5 раза выше наблюдалось осложненное течение родов (преждевременное излитие околоплодных вод, вторичная родовая слабость, дискоординация родовой деятельности, дистония плечиков).

Проведен анализ сравнительных результатов обследования беременных на хламидии, мико- и уреоплазму, наличие воспалительных заболеваний гениталий (эндоцервицит, эрозия шейки матки, кольпит, кандиломатоз вульвы и влагалища) и данных морфологического исследования плацент.

На ИППП обследовано 30 из 47 беременных основной группы. Уреоплазма выявлена у 5 женщин, хламидии у 2, не выявлена инфекция у 23 обследованных.

По данным морфологического исследования признаки воспаления плаценты выявлены в 20 случаях, в том числе у 4 женщин получивших противовоспалительное лечение во время беременности. Из 17 не обследованных на ИППП беременных воспалительные изменения в плаценте были у 10, то есть в основной группе признаки воспаления плаценты были у 30 из 47 женщин.

В контрольной группе на ИППП обследовано 27 из 40 женщин. В связи с наличием инфекции сонированы 5 женщин.

Признаки воспаления плаценты выявлены у 12 из 27 обследованных, в том числе у 2 женщин, получавших во время беременности лечение.

Из 13 не обследованных на ИППП воспалительные изменения в плаценте были у 9.

Материалы и методы исследования. В работе использованы аналитические и статистические методы. Проведен ретроспективный анализ историй родов и историй новорожденных данные морфологического исследования плацент женщин БСМП г. Витебска за 2005 год.

Число родившихся детей за год составило 1821. Травма новорожденных в родах имела место в 47 случаях (основная группа), что составило 2,57%.

Всего в контрольной группе плаценты с признаками воспаления были у 21 из 40 женщин, а из женщин основной группы - у 30 из 47, что существенно не отличалось. Частота воспаления во многом совпадала с наличием у беременных нарушений микробиоценоза влагалища и свидетельствовало о восходящем пути инфицирования. Связи хронической плацентарной недостаточности, изменений воспалительного характера в ней с травмой плода в родах нами не выявлено.

Выводы: Проведенные исследования свидетельствуют в пользу того, что причиной травмы плода в родах явилось относительное несоответствие размеров таза матери и головки плода обусловленное небольшой степенью сужения таза и (или) массой плода превышающей 3500 гр. Реже травма в родах возникала при наличии аномалии родовой деятельности и перезрелости плода и сочетания последних с хронической плацентарной недостаточностью.

Для снижения частоты травмы плода в родах необходимо: внедрение современных методов дородовой диагностики несоответствия размеров таза матери, головки и плечиков плода; своевременная диагностика и коррекция нарушений микробиоценоза влагалища; в группах высокого риска – профилактика аномалий родовой деятельности и перенашивания беременности.

Литература:

1. Герасимович, Г. И. Акушерство / Г. И. Герасимович. – Минск: «Беларусь», 2004.
2. Чернуха, Е. А. Анатомически и клинически узкий таз / Е. А. Чернуха, А. И. Волобуев, Т. К. Пучкоу – Москва: Триада-Х, 2005.